

【研究ノート】

沖縄県南城市A地区住民における健康づくり推進員に対する認知状況と健診・検診受診行動の変容ステージ、意思決定バランスとの関連

神谷 義人, 島袋 愛, 金城 昇

Association between Health Volunteer Awareness and Stage of Change, Decisional Balance in Medical Check-Ups in Area A of Nanjo City, Okinawa

KAMIYA Yoshito, SHIMABUKURO Ai, KINJO Noboru

要旨

目的：本研究は、地域住民における健康づくり推進員に対する認知状況と健診・検診受診行動との関連について、トランスセオレティカルモデル（Transtheoretical Model: TTM）の変容ステージ、意思決定バランスを適用して、検討することを目的とする。

方法：南城市A地区の20歳以上の地域住民470世帯を対象と無記名式質問紙調査を実施した。調査内容は、基本属性、健康づくり推進員に対する認知状況、健診・検診受診行動の変容ステージ、および意思決定バランスであった。健康づくり推進員の認知の有無と健診・検診受診行動の変容ステージ、意思決定バランスとの関連を検討した。

結果：回答が得られた73人のうち、不備を除いた67人を分析対象とした。健康づくり推進員に対する認知状況について、「知っている」割合は61歳以上が52.6%、60歳以下が24.1%と有意差がみられた ($P=0.02$)。健康づくり推進員に対する認知状況と健診・検診受診行動の変容ステージとの関連について、61歳以上で「認知群」の方が維持期の割合が高かった ($P<0.05$)。健康づくり推進員に対する認知状況と健診・検診受診行動の意思決定バランスとの関連について、60歳以下で「認知群」の方が恩恵得点 (pros) は高く ($P<0.05$)、負担得点 (cons) は低かった ($P<0.05$)。

考察：年代によって、結果にばらつきはみられたものの、健康づくり推進員の活動を認知している方が、健診・検診受診行動の意義を認識し、受診行動を行っていることが示唆された。

キーワード：健康づくり推進員、健康診断・検診受診行動、トランスセオレティカルモデル、行動変容ステージ、意思決定バランス

I. はじめに

1. 沖縄県の健康課題

国内外から長寿地域として知られてきた沖縄県は、2000年の都道府県別生命表において、女性の平均寿命は1位を維持したが、男性の平均寿命順位がこれまでの4位から26位に大きく後退した。当時は「26ショック」として大々的に伝えられた（朝日新聞, 2003）。その後、2005年は女性3位、男性30位と順位を下げ（330ショック）、2010年の報告では、女性7位、男性36位と下降傾向が続いている（厚労省, 2015）。その背景として、特に青・壮年期における生活習慣病の急増、肝疾患や高血圧性疾患の年齢調整死亡率の高さなどが指摘されている（桑江, 2010）。このことは、食習慣の変化、身体活動

量の減少、飲酒量の多さや健診受診率の低さなどの生活習慣に関連する要因、さらには、社会経済的な格差の拡大や地域のつながりの希薄化など、生活習慣関連要因の根本的原因となる社会的決定要因を含めた、幅広い視点から検討されている（崎間ほか, 2016；神谷, 2018）。

2. ソーシャル・キャピタルと健康

近年、多様な社会環境が人々の健康を規定する社会的決定要因となることが明らかとなっており、「人と人とのつながり」がもたらす健康への影響が検討されている（近藤, 2010）。パットナム（2006）が提唱する「ソーシャル・キャピタル（Social Capital: SC）」は、「調整された諸活動を活発にすることによって社会の効率性を改善できる信頼・規範・ネットワークといった社会組織の特

徴」と定義され、SCが豊かな地域ほど、そこで暮らす人々の健康水準が高いことが報告されている（近藤，2013）。健康格差とSCの関連について、社会経済的地位の低い人は概してSCが乏しいこと、SCが低いことは不健康と関連すること、また、SCは社会的経済的地位が低いことによる健康への悪影響を緩衝することなどが明らかにされている（Kawachi&Berkman，2000）。わが国においても、他人を信頼する人が多い地域に暮らす高齢者ほど、主観的健康感が良いこと（市田，2007）や、所得格差が大きい地域ほど不健康な人が多いことが報告されている（Ichida，2009）。沖縄県において、かつての長寿県沖縄を創っていたのは、沖縄版SCともいえる「ゆいまーる」が関与していた可能性が指摘されている（カワチ，2013；白井，2014）。沖縄県が健康長寿を取り戻し、健康長寿おきなわ復活県民会議（沖縄県保健医療部，2014）が掲げる「2040年までに男女とも平均寿命日本一復活！」を達成するためには、「ゆいまーる」を醸成し、有効に活用していくことが望まれる。地域のつながりを紡ぎ直す、また新たに関係性をつくることにより、その力を地域の健康づくりに活用していくことは、健康日本21（第二次）が推進する方向性とも合致するものである（厚労省，2012）。

3. ソーシャル・キャピタル醸成の核となる健康づくり推進員

地域の健康づくりを推進するためには、個人への保健指導だけでなく、住民組織と協働した活動が有効とされている（厚労省，2015）。「住民組織活動を通じたソーシャル・キャピタル醸成」（厚労省，2015）では、健康づくりボランティアである「健康づくり推進員」をはじめとする住民組織活動はソーシャル・キャピタル醸成の核とも言われ、健康なまちづくりを推進するキーパーソンとしてその役割が期待されている。長野県の「保健補導員」の活動が県民の健康長寿に大きく貢献したことはよく知られている（今村，2010）。健康おきなわ21（第2次）においても、健康を支え守るための社会環境整備に関する目標として、「健康づくり推進員を養成（育成）している市町村数の増加」を掲げ、重点的に取り組んでいる（沖縄県保健医療部，2018）。

4. 沖縄県南城市A地区の概況と取り組み

本研究で対象とする南城市A地区は、人口1,242人（526世帯）、高齢化率27.5%の地域である（2019年3月末時点）。平成20年に自治会内に「健康づくり推進部」が発足し、「健康づくり推進員」組織が編成された。自治会と健康づくり推進員が中心となり、健康講座・イベントの開催や「健康ニュース（毎月）」の発行など、様々な取り組みを継続的に行ってきた結果、平成19年度に12.8%だった特定健診の受診率は平成23年には65.5%に

まで上昇した地域である（財団法人あしたの日本を創る協会，2014）。これらの実績を受けて、平成29年度「沖縄県健康づくり表彰（がんじゅうさびら表彰）」の地域活動部門においてグランプリを受賞するなど、地域における健康づくり活動のモデル地域として知られている（南城市，online）。

5. 健診・検診受診行動へのトランスセオレティカルモデルの適用

健康行動の開始、維持のために様々な行動科学の理論・モデルが応用されている。本研究では、健診・検診受診行動に着目し、プロチャスからによって提唱されたトランスセオレティカルモデル（Transtheoretical Model: TTM）を援用する（Prochaska&Diclemente,1983）。TTMは単に受診したか否かだけでなく、準備性や行動の継続期間が考慮できる点が特徴的である。行動の変容ステージが中心的概念とされ、実際の行動とその行動に対する動機づけの準備性に依りて、前熟考期、熟考期、準備期、実行期、維持期の5つのステージが想定されている。また、行動の変容ステージと関連する要因として、意思決定のバランスが想定されている。意思決定のバランスとは、行動を変容させることに伴う恩恵（Pros）と負担（Cons）に対する評価のバランスのことをいい、目的の行動を実行している人は、恩恵に対する評価が負担に対する評価を上回るとされている。現在では、喫煙行動（中村・大島，1992）だけでなく、運動（岡，2000）や食行動（赤松，2007）など、幅広い健康行動との関連が検討されている。

健診・検診受診行動にTTMを適用した長塚ほか（2010）は、変容ステージが高いほど恩恵の評価が高く、負担の評価が低くなることを明らかにし、健診・検診受診行動にTTMが有用であることを確認した。本研究では、地域住民の健康意識を反映する指標となる健診・受診行動に着目し、地域で活動する健康づくり推進員に対する認知状況と健診・検診受診行動との関連について、検討を行う。換言すれば、健康づくり推進員を認知している住民の方が健康意識は高い、すなわち健診・受診行動を行っているとの仮説を検証する。

II. 目的

本研究では、南城市A地区住民における健康づくり推進員に対する認知状況と健診・検診受診行動との関連について、TTMの変容ステージ、意思決定バランスを適用して、検討することを目的とする。

Ⅲ. 方法

1. データ収集と対象者

A地区の20歳以上の地域住民470世帯を対象とした。A地区の自治会長に対し研究協力の承諾を得た後、毎月配布する区報と併せて、依頼文付きのアンケート調査票および返信用封筒を配布した（1世帯2部配布）。調査票の回収は、同封の返信用封筒を用いて郵送にて送付してもらうこととした。研究期間は2019年9月8日～9月25日であった。

2. 調査内容

基本属性について、性別、年齢、BMI（身長と体重から算出）、居住年数、教育歴、婚姻状況、就労状況、および主観的健康感を尋ねた。健康づくり推進員に対する認知状況について、「あなたは、「健康づくり推進員」について知っていますか」という質問に対して、「知っている」、「聞いたことはあるが内容は知らない」、または「知らない」の3つの選択肢から、回答を求めた。健診・検診行動の変容ステージは、長塚ほか（2010）が作成した行動変容ステージの評価項目を用いた。最初に、「あなたは、今現在、健診・検診を受診することについてどのようにお考えですか」という問いに対して、6つのステージ項目を用意した。なお、「健診・検診とは、健康診査・各種がん検診・人間ドック、結核検診などのことを指します」と付記した。前熟考期は「今までに健診・検診を受けたことはなく、将来的にも受けようと思っていない」、逆戻り期は「1年以上前に健診・検診を受けたが、またこれから先1年以内に受けようと思っていない」、逆戻りリスク期は「この1年間に健診・検診を受けたが、またこれから先1年以内に受けようと思っていない」、熟考期は「今までに健診・検診を受けたことはないが、これから先1年以内には受けようと思っている」、実行期は「この1年間に初めて健診・検診を受け、またこれから先1年以内に再び受けようと思っている」、維持期は「定期的に健診・検診を受けており、またこれから先1年以内にも再び受けようと思っている」と設定した。回答方法は、これら6項目の中で現在の自分の考えや行動に最も当てはまるものを1つ選択してもらう形式をとった。行動プロセスは、長塚ほか（2010）が作成した「健診・検診受診に関する意思決定のバランス尺度」を用いた。恩恵（Pros）5項目、負担（Cons）4項目の計10項目から構成される。回答方法は、「全くそう思わない」から「非常にそう思う」の5件法を用いた。

3. 分析方法

年齢や就労の有無によって、健康づくり推進員に対する認知状況や健診受診行動も異なることから、60歳以下と61歳以上で年齢を層別化し、以下の分析を行った。対象者の属性と健康づくり推進員に対する認知状況につい

て、分散分析およびカイ二乗分析を行った。次に、健康づくり推進員に対する認知状況と変容ステージとの関連についてカイ二乗分析、意思決定のバランスとの関連について、t検定を行った。その際、健康づくり推進員を「知っている」を「認知群」、「聞いたことはあるが内容は知らない」、「知らない」を「非認知群」とし、2値にカテゴリ化した。意思決定のバランスに関しては、恩恵得点および負担得点の平均合計得点を算出した後に、標準得点（T-score）に換算し、恩恵標準得点および負担標準得点とした。さらに、恩恵標準得点から負担標準得点を差し引いたものを意思決定バランスの得点として分析に用いた。意思決定バランスについて、2標準偏差以上の外れ値は分析から除外した。なお、統計解析には、JMP Pro14を使用した。

4. 倫理的配慮

アンケートは無記名式とし、調査票の提出を持って同意とみなす旨、説明した。本研究は名桜大学倫理審査委員会の承認（受付番号：2019-009-1）を得て実施した。

Ⅳ. 結果

1. 対象者の基本属性

A地区の20歳以上の地域住民470世帯に調査票を配布したうち、73人（1世帯一人で計算した場合の回答率15.5%）から回答が得られた。そのうち、回答不備者（6人）を除いた67人（有効回答率91.8%）を分析対象者とした。

対象者の属性は、表1に示すとおりであった。性別について、60歳以下では男女それぞれ10人（34.5%）、19人（65.5%）、また、61歳以上では男女それぞれ14人（36.8%）、24人（63.2%）であった。就労状況について、60歳以下では就労ありが24人（82.8%）、61歳以上では7人（18.4%）であった。健診・検診受診行動の変容ステージについて、「維持期」が60歳以下では92.3%、61歳以上では88.6%と高かった。

表 1 対象者の属性 (n=67)

	60歳以下 (n=29)		61歳以上 (n=38)	
性別 (n, %)				
男性	10	34.5	14	36.8
女性	19	65.5	24	63.2
年齢 (平均, SD)	46.0	11.3	72.8	7.3
教育歴 (n, %)				
12年以下	7	24.1	19	50.0
13年以上	22	75.9	19	50.0
婚姻状況 (n, %)				
配偶者あり	17	58.6	26	70.3
死別・離別	4	13.8	9	24.3
未婚	8	27.6	1	2.7
その他	0	0	1	2.7
就労状況 (n, %)				
就労している	24	82.8	7	18.4
就労していない	5	17.2	31	81.6
居住年数 (平均, SD)	13.2	13.1	20.4	13.5
主観的健康感 (n, %)				
健康群	24	82.8	28	73.7
非健康群	5	17.2	10	26.3
BMI (平均, SD)	24.6	4.5	23.4	3.4
健診・検診受診の行動変容ステージ (n, %)				
前熟考期	0	0	0	0
逆戻り期	1	3.8	1	2.9
逆戻りリスク期	1	3.8	3	8.6
熟考期	0	0	0	0
実行期	0	0	0	0
維持期	24	92.3	31	88.6
意思決定バランス (平均, SD)				
恩恵 (pros)	22.0	3.1	21.5	2.8
負担 (cons)	11.2	2.9	8.5	2.6

2. 人口統計学的変数と健康づくり推進員に対する認知状況との関連 (表 2)

人口統計学的変数と健康づくり推進員に対する認知状況との関連について、全体および年代別で検討した。全体において、年代で有意な関連がみられた ($P < 0.05$)。「知っている」割合は61歳以上が52.6%、60歳以下が24.1%であった。また、60歳以下において、男女で有意

な関連がみられた ($P < 0.05$)。「知っている」割合は女性が36.8%、男性が0%であった。その他の項目について関連はみられなかった。

表2 社会人口統計学的変数と健康づくり推進員に対する認知状況との関連

	全体 (n=67)						60歳以下 (n=29)						61歳以上 (n=38)								
	健康づくり推進員の認知			健康づくり推進員の認知			健康づくり推進員の認知			健康づくり推進員の認知			健康づくり推進員の認知								
	知らない	聞いたことはあるが内容は知らない	知っている	P値	知らない	聞いたことはあるが内容は知らない	知っている	P値	知らない	聞いたことはあるが内容は知らない	知っている	P値	知らない	聞いたことはあるが内容は知らない	知っている	P値					
年代 (n, %)																					
60歳以下	9	31.0	13	44.8	7	24.1	<0.05														
61歳以上	4	10.5	14	36.8	20	52.6															
性別 (n, %)																					
男性	8	33.3	9	37.5	7	29.2	ns														
女性	5	11.4	19	43.2	20	45.5	<0.05														
教育歴 (n, %)																					
12年以下	6	23.1	8	30.8	12	46.2	ns														
13年以上	7	16.7	20	47.6	15	35.7	<0.05														
婚姻状況 (n, %)																					
配偶者あり	9	20.5	15	34.1	20	45.5	ns														
死別・離別	1	7.7	6	46.2	6	46.2															
未婚	3	33.3	6	66.7	0	0															
その他	0	0	1	100	0	0															
就労状況 (n, %)																					
就労している	8	25.8	13	41.9	10	32.3	ns														
就労していない	5	13.5	15	40.5	17	45.9															
居住年数 (平均, SD)	13.2	10.8	17.6	15.4	19.0	12.9	ns	15.7	12.0	13.3	16.2	9.8	8.1	ns	7.5	4.1	21.6	14.7	22.2	12.8	ns
主観的健康感 (n, %)																					
健康群	9	17.0	23	43.4	21	39.6	ns														
非健康群	4	26.7	5	33.3	6	40.0															
BMI (平均, SD)	22.9	4.2	24.6	4.2	23.7	3.5	24.1	4.4	25.4	4.9	23.5	4.1	ns	20.2	1.7	23.8	3.6	23.8	3.3	ns	

分析について、カテゴリ変数の場合はカイ二乗検定、連続変数の場合は分散分析を用いた。

3. 健康づくり推進員に対する認知状況と健診・検診受診行動の変容ステージとの関連 (表3)

健康づくり推進員に対する認知状況と健診・検診受診行動の変容ステージとの関連について検討したところ、61歳以上において有意な関連がみられた ($P < 0.05$)。「認知群」が維持期90.3%に対して、「非認知群」は75.0%であった。

4. 健康づくり推進員に対する認知状況と健診・検診受診行動に関する意思決定のバランスとの関連 (表4)

健康づくり推進員に対する認知状況と健診・検診受診行動の意思決定バランスとの関連について検討したところ、60歳以下において、「認知群」が恩恵標準得点は高く ($P < 0.05$)、負担標準得点は低く ($P < 0.05$)、また意思決定バランス得点は高かった ($P < 0.01$)。意思決定バランス得点に関して、「認知群」はプラス (恩恵が負担を上回っている)、「非認知群」はマイナス (恩恵が負担を下回っている) となっており、恩恵と負担のバランスが逆転していた。61歳以上における各得点をみると、60歳以下と同様の傾向を示したが、いずれも有意な関連はみられなかった。

V. 考察

本研究では、南城市A地区の20歳以上の地域住民における健康づくり推進員に対する認知状況と健診・検診受診行動との関連について、TTMの変容ステージ、意思決定バランスを適用して、検討することを目的とした。対象者の特徴として、変容ステージの「維持期 (定期的に健診・検診を受けており、またこれから先1年以内にも再び受けようと思っている)」の割合が60歳以下は92.3%、61歳以上は88.6%と高く、健康意識の高い集団であった (表1)。地域で活動する健康づくり推進員を認知している人の特徴として、61歳以上が認知している割合が高かった (表2)。また、年代別の分析では60歳以下において、男性より女性の方が認知の割合が高かった。このことから、自宅を主な生活場面とする人の方が健康づくり推進員の活動のことを「知っている」また「聞いたことはある」機会が多いことが考えられる。

健康づくり推進員に対する認知状況とTTMの構成要素である変容ステージおよび意思決定バランスとの関連について検討した。健康づくり推進員を認知している人

表3 健康づくり推進員に対する認知状況と行動変容ステージとの関連

		前熟考期	逆戻り期	逆戻りリスク期	熟考期	実行期	維持期	P値
60歳以下	認知群	0 (0)	0 (0)	1 (5.6)	0 (0)	0 (0)	17 (94.4)	ns
	非認知群	0 (0)	1 (12.5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	7 (87.5)	
61歳以上	認知群	0 (0)	0 (0)	3 (9.7)	0 (0)	0 (0)	28 (90.3)	< 0.05
	非認知群	0 (0)	1 (25.0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (75.0)	

人数 (%) を表記、分析はカイ二乗検定を用いた。

表4 健康づくり推進員に対する認知状況と意思決定バランス (T-score) との関連

	60歳以下			61歳以上		
	認知群	非認知群	P値	認知群	非認知群	P値
恩恵得点 (pros)						
平均	54.5	46.1	< 0.05	50.4	48.7	ns
SD	7.9	9.2		7.5	15.4	
負担得点 (cons)						
平均	51.8	58.7	< 0.05	46.0	46.7	ns
SD	8.6	7.2		8.1	4.4	
意思決定バランス						
平均	2.7	-12.6	< 0.01	4.4	2.0	ns
SD	12.6	14.8		11.7	19.3	

分析は t 検定を用いた。

意思決定バランスはprosとconsの差分 (pros得点 - cons得点) により算出した。

は健診・検診受診行動の変容ステージが高い、すなわち、健康意識が高いか検証した結果、61歳以上において、仮説を支持する結果が得られた（表3）。60歳以下において有意な関連がみられなかったことについて、健康づくり推進員の認知の有無に関わらず、両群とも「維持期」の割合が他のステージと比べて高かったことから、個々の健康意識が高い、もしくは職域健診等で受診そのものがルーティン化されているためと推察された。健康づくり推進員に対する認知状況と意思決定バランスとの関連について、60歳以下において、「認知群」の恩恵が高く、負担が低いとする仮説を支持する結果となった。意思決定バランスに関して、「認知群」はプラス（恩恵>負担）、「非認知群」はマイナス（恩恵<負担）であった。地域で活動する健康づくり推進員を認知している住民では、健診・検診を受診することに対して負担を上回る恩恵を認識しており、健康意識が高いことが示唆された。横断研究のため因果関係までは言及できないが、地域住民の健康意識を高めることを目的として活動する健康づくり推進員の活動が寄与した可能性が考えられる。61歳以上においても、「認知群」の恩恵は高く、負担は低いとする60歳以下と同様の傾向がみられたが、有意ではなかった。意思決定バランスに関して、「認知群」、「非認知群」ともにプラス（恩恵>負担）であったことから、一定の年齢を過ぎると健診・検診の重要性や意義を認識するようになることが考えられる。

地域の健康づくりを支援する健康づくり推進員の活動が地域住民の健康意識の向上や健康行動の実践につながるか検証するために、健康づくり推進員に対する認知状況と健診・検診受診行動に着目し、TTMの枠組みを用いて検討した。年代によって、結果にばらつきはみられたものの、概ね、健康づくり推進員の活動を認知している方が、健診・検診受診行動の意義を認識し、受診行動を行っていることが示唆された。長寿県沖縄の復活に向けて、地域のヘルスプロモーションを展開する際、健康づくりを支援するボランティアの活用は欠かせない。ボランティア自身の効用として、健康づくりボランティアを経験することによって、自身のヘルスリテラシーやソーシャル・キャピタルが高くなるとともに、望ましい健康行動をとっていることが報告されている（林ほか、2018）。一方で、ボランティアの高齢化に伴い新しいなり手がいないという課題も指摘されている。時代やその地域に合った健康づくりボランティアの在り方を模索し、次世代の健康づくりボランティアを養成（育成）することによって、地域のソーシャル・キャピタルを醸成することが可能となる。地域の努力を支える行政、大学のバックアップ、また、地域と関係組織との連携構築も必要と考える。

最後に、本研究の限界をあげる。一点目として、本研究は横断研究であるため、健康づくり推進員に対する認知状況と健診・検診受診行動の変容ステージと意思決定バランスとの間の因果関係までは言及することができない。今後、縦断的な検討が望まれる。二点目として、回答者が73人と少なかった点があげられる。調査票は毎月の区報と併せて配布し、返信は返信用封筒にて郵便ポスト（公民館への提出も可）に投函する手順にて調査を実施した。健診・検診受診行動の変容ステージの「維持期」の割合が多かったことから、結果的に健康意識の高い住民が多く回答した可能性が考えられる。三点目として、本研究は沖縄県南城市の健康づくり活動が盛んな一地域を対象とした研究であるため、一般化するには限界がある。対象者が健康意識の高い集団であったことについて、健康意識の高い人が回答したためか、もしくは地域の特異性として、地域住民全体の健康意識が高かったためかは明らかでない。今後は、調査を実施する地域を増やし、地域間の比較を加味した上で検討を行うことが望まれる。四点目として、長塚ほか（2010）も指摘しているが、健診・検診をひとまとめにしている点があげられる。健診にも職域健診や地域健診など様々であり、対象者によって認識が異なる可能性が考えられる。今後は、より焦点をしばって検討することが望まれる。

以上のような限界はあるものの、地域において、TTMの枠組みを適用して、健康づくり推進員に対する認知状況と健診・検診受診行動との関連を検討した研究は皆無であるため、意義は大きい。

VI. 結論

地域の健康づくりを支援する健康づくり推進員の活動が地域住民の健康意識の向上や健康行動の実践につながるか検証するために、TTMの枠組みを用いて検討した。年代によって、結果にばらつきはみられたものの、健康づくり推進員の活動を認知している方が、健診・検診受診行動の意義を認識し、受診行動を行っていることが示唆された。

謝辞

本研究にご協力いただきました南城市A自治会会長、健康づくり推進員の皆さま、住民の皆さまに心より御礼申し上げます。

本研究は2018年度（平成30年度）名桜大学総合研究所（現、環太平洋地域文化研究所）新規採用者助成を受けて実施したものです。

文献

- 赤松利恵, 武見ゆかり. トランスセオレティカルモデルの栄養教育への適用に関する研究の動向. 日本健康教育学会誌. 2007; 15 (1) : 3-18.
- 朝日新聞. 長生き島の不摂生 (沖縄クライシス 長寿島の26ショック:上). 2003年9月1日 東京夕刊 p.15.
- 林千景, 前馬理恵, 山田和子, 森岡郁晴. 現健康推進員, 既健康推進員, 非健康推進員のヘルスリテラシー, ソーシャルキャピタルおよび健康行動の特徴. 日本公衆衛生雑誌. 2018; 65 (3) : 107 - 115.
- 市田行信. ソーシャルキャピタル—地域の視点から. 近藤克則編: 検証「健康格差社会」—介護予防に向けた社会疫学の大規模調査. 東京: 医学書院, 2007.
- Ichida Y, Kondo K, Hirai H, Hanibuchi T, Yoshikawa G, Murata C. Social Capital, Income Inequality and Self-rated Health in Chita peninsula, Japan: A Multilevel Analysis of Older People in 25 communities. *Social science & Medicine*. 2009; 69 (4) : 489-499.
- イチロー・カワチ. 高齢社会におけるソーシャル・キャピタル. イチロー・カワチ・等々力英美編: ソーシャル・キャピタルと地域の力—沖縄から考える健康と長寿—. 東京: 日本評論社; 2013.
- 今村春彦, 園田紫乃, 金子郁容. コミュニティのちから—“遠慮がちな” ソーシャル・キャピタルの発見. 東京: 慶応義塾大学出版会; 2010.
- 神谷義人. ゆいまーを活用した沖縄型ヘルスプロモーション. 日本保健医療行動科学会雑誌. 2018;33 (2) : 32-35.
- Kawachi I, Berkman LF. Social cohesion, social capital and health. In : Berkman LF., Kawachi I. (eds). *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press; 2000.
- 近藤克則. 健康の社会的決定要因 (1) 「健康の社会決定要因」と健康格差をめぐる動向. 日本公衆衛生雑誌. 2010; 57 (4) : 316-319.
- 近藤克則. ソーシャル・キャピタルと高齢者の健康. イチロー・カワチ・等々力英美編: ソーシャル・キャピタルと地域の力—沖縄から考える健康と長寿—. 東京: 日本評論社; 2013.
- 厚生労働省健康日本21 (第二次). 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的方針, 2012. https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_01.pdf (2021年10月25日にアクセス)
- 厚生労働省. 平成27年都道府県別生命表の概況, 2015. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/tdfk15/dl/tdfk15-03.pdf> (2021年10月24日にアクセス)
- 厚生労働省地域保健対策におけるソーシャル・キャピタルの活用のあり方に関する研究班. 住民組織活動を通じたソーシャル・キャピタル醸成・活用にかかる手引き, 2015. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000092157.pdf> (2018年10月5日にアクセス)
- 桑江なおみ. 沖縄県における性・年齢・死因別死亡率の推移—1973年から2009年における沖縄県と全国との比較—. 沖縄県衛生環境研究報. 2010; 44 : 71-84.
- 長塚美和, 荒井弘和, 平井啓. 健康診査・検診受診行動に関する行動の変容ステージと意思決定のバランス. 行動医学研究. 2010; 15 (2) : 61-68.
- 中村正和・大島明. 明日からタバコがやめられる. 法研. 1992.
- 南城市. 平成30年度 南城市健康づくり推進員連絡協議会総会, 2018. <https://www.city.nanjo.okinawa.jp/nanjo-diary/1581334000/> (2022年1月11日にアクセス)
- 岡浩一朗. 行動変容のトランスセオレティカル・モデルに基づく運動アドヒレンス研究の動向. 体育学研究. 2000; 45 (4) : 543-561.
- 沖縄県保健医療部. 健康おきなわ21 健康長寿おきなわ復活県民会議. 2014. <http://www.kenko-okinawa21.jp/090-docs/2015122500053/> (2022年1月11日にアクセス)
- 沖縄県保健医療部. 健康おきなわ21 (第2次) 中間評価報告書, 2018. http://www.kenko-okinawa21.jp/090-docs/2018051600016/file_contents/zentai.pdf (2021年10月25日にアクセス)
- Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change in smoking: Towards an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983; 51: 390-395.
- ロバート・D・パットナム (柴内康文訳). 孤独なボウリング—米国コミュニティの崩壊と再生. 東京: 柏書房; 2006.
- 財団法人あしたの日本を創る協会. あしたのまち・くらしづくり2014. 自分たちでできることは自分たちで…自助努力, 2014. <http://www.ashita.or.jp/publish/furu/A2014/33.htm> (2022年1月11日にアクセス)
- 崎間敦, 白井こころ, 奥村耕一郎, 田名毅. 健康長寿へ向けた沖縄の課題と取り組み. 日本健康教育学会誌. 2016; 24 (4) : 245-250.
- 白井こころ. 沖縄におけるソーシャル・キャピタルと健康. 藤田陽子・渡久地健・かりまたしげひさ編: 島嶼地域の新たな展望. 福岡: 九州大学出版会; 2014.

Association between Health Volunteer Awareness and Stage of Change, Decisional Balance in Medical Check-Ups in Area A of Nanjo City, Okinawa

KAMIYA Yoshito, SHIMABUKURO Ai, KINJO Noboru

Abstract

Objective: The present study applied the Transtheoretical Model (TTM) of behavior change to medical check-ups. The purpose of this study was to clarify the association between awareness of health volunteers and the stage of change, decisional balance of TTM in medical check-ups among community-dwelling adults.

Method: A cross-sectional questionnaire survey was conducted. The research subjects were 470 households of local residents, aged over 20 years in Area A, Nanjo City. The questionnaire consists of sociodemographic characteristics, awareness of health volunteers, the stage of change, and decisional balance of TTM in medical check-ups. The association between awareness of health volunteers and the stage of change, decisional balance was examined using chi-square or T-test.

Results: The analysis included 67 adults. The ratio of maintenance stage was higher in the “aware group” than in the “non-aware group” among residents over 61 years ($P < 0.05$). Among those under 60 years old, the pros score was higher in the “aware group” than in the “non-aware group” ($P < 0.05$). The cons score was lower in the “aware group” than in the “non-aware group” ($P < 0.05$).

Discussion: The results suggest that those who are aware of health volunteers are more likely to get a medical check-ups.

Keywords: Health Volunteer, Medical Check-Ups, Transtheoretical Model, Stage of Change, Decisional Balance

